Lane Medical Library

Ueber Uteruskarzinom bei Graviden.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Josef Ginsburg
aus Ekaterinoslaw (Russland).

Tag der Promotion: 9. Juli 1909.

Berlin 1909
Druck von Emil Ebering
Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Rat Professor Dr. Bumm.

Meinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberuteruskarzi0000jose

Ueber Uteruskarzinom bei Graviden.

Wohl die verhängnisvollste Komplikation von Schwangerschaft und Geburt ist diejenige mit Uteruskarzinom; stets sind hierbei zwei Menschenleben, Mutter und Kind, aufs Schwerste gefährdet und nur zu häufig rettungslos dem Tode verfallen.

Die Anschauungen über die Häufigkeit dieser Komplikation haben sich wiederholt geändert; während diese Komplikation in früheren Jahren für höchst selten gehalten wurde, glaubte man später auf Grund der von Jahr zu Jahr reichlicher gewordenen Kasuistik ein häufigeres Vorkommen annehmen zu müssen. Nur solche Statistiken, welche über große Zahlen verfügen und die Gesamtsumme der innerhalb desselben Zeitraumes beobachteten Geburten zum Vergleiche heranziehen, vermögen über die Häufigkeit der Koinzidenz von Karzinom und Schwangerschaft einen den tatsächlichen Verhältnissen annähernd entsprechenden Aufschluß zu gewähren.

v. Winkel berichtet unter 2000 Geburten über 10, Stratzt unter 17832 über 7, Sutugin unter 9000 über 2, Glockner unter 26000 über 17, Orthmann unter 4028 über 6 hierhergehörige Beobachtungen; in der Tübinger Klinik (Döderlein) kamen in 15 Jahren unter 5000 Geburten 7, in der Rostocker Klinik in 14 Jahren unter 2287 Geburten 4 Fälle von Schwangerschaftskarzinom zur Behandlung. Fassen wir die Resultate dieser sieben statistischen Be-

rechnungen zusammen, so befanden sich unter einer Gesamtsumme von 84148 Kreisenden 53 Karzinomkranke; also 0,07%.

Im allgemeinen erkranken Schwangere an Karzinom relativ selten, da das Karzinom in den meisten Fällen jenseits der 40 eintritt.

Unter den Autoren, die über Gravidität und Karzinom geschrieben haben, haben einige die Ansicht vertreten, daß durch die Erkrankung die Konzeption erschwert wird; andere dieselbe befördert. Vertreter der ersten Anschauung ist z. B. Chautreuil, der letzteren Cohnstein. Diese beiden Ansichten haben seitdem rivalisiert, obgleich die Chantreuilsche allgemeiner angenommen sein dürfte. Unter den wenigen, welche sich in dieser Frage auf die Seite Cohnsteins gestellt haben, seien z. B. Averdam und Clement Godson genannt.

Die entgegengesetzte Ansicht, nämlich, daß Karzinom die Konzeption erschwert, wird von den meisten Gynäkologen gehegt, welche diese Frage einer näheren Prüfung unterzogen haben und ihre Anschauungen hauptsächlich auf Statistiken stützten.

Das wird von A. Gusserow hervorgehoben. Dasselbe geht aus den Erfahrungen verschiedener Kliniken hervor und wird von vielen Seiten betont; so von Rutledge, v. Winkel, E. Mohr, H. Drude, P. Helbig, Olbrich, P. Zweifel u. a.

Was nun die Kombination vom Karzinom und Schwangerschaft anbetrifft, so werden meistens Mehrgebärende von dieser unglückseligen Komplikation befallen. Erstgebärende werden nur in seltenen Fällen befallen.

Nur Olshausen erwähnt eine 36jährige Erstgeschwängerte, und in der Tübinger Klinik kam im Jahre 1901 gleichfalls eine 36jährige Primipara im 8. Monat der Schwangerschaft zur Operation; Zweitgebärende im Alter von 30—38 Jahren wurden von Flöle, Fochier, Groß und Frank je in 1, von Glockner in 2 Fällen beobachtet.

Aus den ausgeführten Tatsachen geht hervor, daß das Zusammentreffen von Karzinom mit Schwangerschaft eine relativ seltene Komplikation darstellt, welche vorzugsweise ältere Mehrgebärende befällt.

Die Symptome der Karzinomerkrankung in der Gravidität sind dieselben wie bei Nichtgravidität. Die Symptome, die gewöhnlich ohne Schmerzen eintreten, werden erfahrungsgemäß von Frauen, die wenig auf ihre Körperpflege geben leicht übersehen. Blutungen bei der Kohabitation oder auch sonst blutiger, vielleicht etwas übel riechender Ausfluß wird zu leicht zu den physiologischen Begleiterscheinungen der Schwangerschaft gerechnet, so daß die Frauen nicht auf die Idee kommen an einer tödlichen Krankheit zu leiden. Im übrigen sind es die allgemeinen Symptome der Krebskranken: sichtliches Verfallen nicht nur der Kräfte, sondern auch des Allgemeinbefindens; gelbes kachektisches Aussehen.

Nur in wenig beobachteten Fällen, wurde schon während der Gravidität die Erkrankung erkannt und die entsprechende Therapie in der Totalexstirpation eingeleitet. Die traurige Wahrheit tritt meistens erst während der Geburt zutage, denn, wie auch aus den nachstehenden Berichten zu sehen ist, hat in allen Fällen von ausgetragener Schwangerschaft die Eröffnungsperiode Schwierigkeiten gemacht, die sich je

nach der Ausbreitung des Karzinoms derartig steigern können, daß der Muttermund bis zu einer gewissen Ausdehnung eröffnen kann.

Wie auch aus der Literatur hervorgeht, schreitet das Karzinom während der Schwangerschaft besonders schnell fort. Einige Autoren, wie z. B. Olbrich, Mohr u. a. meinen, daß sich das Karzinom während der Schwangerschaft ebenso verhält, wie außerhalb derselben. Dagegen ist die große Mehrzahl der Autoren, unter anderen Rutledge, Chautreuil, Spiegelberg, Gusserow, Stratz, Sutugin, Playfair, Zweifel, Olshausen u. a. der Ansicht, daß Schwangerschaft durchaus beschleunigend auf das Wachstum des Karzinoms einwirkt. —

Was nun die Frage über die Einwirkung des Karzinom auf die normale Schwangerschaftsentwicklung anbetrifft, so hat sie alle Autoren, die über diesen Gegenstand geschrieben haben, beschäftigt und im Laufe der Jahre diametral entgegengesetzte Beobachtungen erfahren. Während in den 40er Jahren nach dem Vorgange von Kivisch allgemein angenommen wurde, daß schon eine einigermaßen beträchtliche Infiltration immer Abort oder Frühgeburt bewirke, vertrat im Gegensatz hierzu Cohnstein auf Grund einer Zusammenstellung die Ansicht, daß auch bei vorgeschrittener Degeneration der Cervix und des unteren Gebärmutterabschnittes die Schwangerschaft in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ihr Ende erreiche; die verschiedenen Statistiken, welche sich mit dieser Frage beschäftigen, ergeben, daß in 30—40% aller Fälle Abort oder Frühgeburt eintritt. So lange der Karzinomherd auf die eine oder andere Muttermundslippe, oder wenigstens auf die Portio beschränkt

bleibt, so lange nur geringe lokale und allgemeine Symptome vorhanden sind, erreicht die Schwangerschaft in der Regel ihr normales Ende; je weiter das Karzinom auf die höher gelegenen Teile des Geburtskanals und auf die Parametrien übergegangen ist, je stärker die hiermit verbundenen Erscheinungen, speziell die Blutungen, sind, je schwerer das Allgemeinbefinden durch die Erkrankung alteriert wird, um so häufiger und frühzeitiger kommt die Unterbrechung der Gravidität zustande. Stellen wir die vorgeschrittenen Fälle den noch im Beginn befindlichen Erkrankungen gegenüber, so ist Unterbrechung im ersteren Falle häufig, im letzteren selten. Die Ursache der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft kann sehr verschieden sein. Oft ist sie eine Folge der geminderten Entwicklungsfähigkeit des unteren Uterinsegmentes und der Infiltration des pericervikalen Gewebes. In anderen Fällen sind die Unterbrechungen mehr Folge starker Blutungen gewesen. Außer den oben genannten Ursachen für das Eintreten von Abort kommt noch der Uebergang der Neubildung von der Cervixschleimhaut auf die mit dem Ei in Berührung kommende Schleimhaut des Corpus uteri, sowie Nutritionsstörungen des Eies inbetracht. Man hat gefunden, daß mit dem Wachstum eines Portio- oder Cervixkrebses an der Schleimhaut des Uteruskörpers ein eigentümlicher, ebenfalls von Veränderungen derselben begleiteter Prozeß einhergeht, der zwar unbedingt auf das Vorhandensein des Karzinoms zu beziehen ist, ohne jedoch durch direkte Fortsetzung der Neubildung auf den Körper veranlaßt zu sein. Wenn aber auch die Bildung der Decidua und die Weiterentwicklung der Frucht bis zu einem gewissen Grade vor sich gegangen ist, so liegt doch

wegen der mit dem stärkeren Wachstume des Krebses fortschreitenden Endometritis und Starrheit der Uteruswände die Gefahr des Abortes sehr nahe, und dieser trifft auch häufig genug schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft ein.

Auf Gruund dieser Mannigfaltigkeit von Momenten, die Abort hervorrufen können, wäre man geneigt anzunehmen, daß die Gravidität in den meisten Fällen frühzeitig unterbrochen wird. Das stimmt auch nach einigen Autoren mit der Wirklichkeit überein.

Pozzi sagt: „Le cancer prédispose beaucoup à l'abortement.“ Er gibt an, daß von den Patientinnen mit Collumkarzinom und gleichzeitiger Schwangerschaft, die von Lever in Guys Hospital behandelt wurden, 40% abortierten.

Nach anderen Autoren ist diese recht verbreitete Ansicht unrichtig. Heibruhn z. B. meint: „Die Erfahrung hat gelehrt, daß bei Komplikationen der Schwangerschaft mit Gebärmutterkrebs im Verhältnis sehr wenig Aborte vorkommen, daß im Gegenteil die Schwangerschaft anstatt in ihrem Fortgange aufgehalten zu werden, in den meisten Fällen ihren weiteren Verlauf bis zum normalen Ende nimmt. Auch Depisch behauptet: „Aborte treten nur selten ein . . .“

Eine vollständig entgegengesetzte Ansicht vertritt Schaefer. Er sagt: „In den meisten Fällen erreicht die Gravidität überhaupt erst gar nicht ihr Ende.“ Auch Hermann kommt nach Durchmusterung in der Literatur publizierter Fälle zu der Auffassung: „That cancer tends to produce premature expulsion of the embryo.“

Obgleich die Statistik keine absolut richtige Antwort auf diese Frage geben kann, versuchte Elmgern von neuem

nach den in der Literatur zugänglichen Fällen festzustellen, in wie vielen Fällen die Schwangerschaft unterbrochen wurde. Zu diesem Zweck zieht er 155 Fälle in Betracht. Von diesen betrafen 109 vollendete oder nahezu vollendete Schwangerschaft. Dagegen trat spontane Unterbrechung der Gravidität vor dem Ende des fünften Monats in 14 Fällen ein, im sechsten bis achten Monate der Schwangerschaft in 32 Fällen. Also trat eine Unterbrechung des Fortbestandes der Gravidität in 42,20% der Fälle ein. Dieser Prozentsatz stimmt einigermaßen mit den Angaben aus Guys Hospital überein.

Schließlich wird noch von Veit erwähnt, daß schon während der Schwangerschaft spontane Uterusrupturen beobachtet wurden, sowie, daß relativ häufige Komplikation mit Placenta Praevia bestand; nach Veits Ansicht steht die erstere in ursächlichem Zusammenhang mit der abnormen Brüchigkeit und Zerreißlichkeit des erkrankten Gewebes, letztere ist auf die begleitenden endometritischen Vorgänge zurückzuführen.

Die Weiterverbreitung des Karzinoms während der Schwangerschaft ist dieselbe, wie in der Nichtgravidität. Es kann auf die Scheide, Parametrien, Peritoneum und die Blase übergehen. Die karzinomatösen Wucherungen können die Ureteren von allen Seiten umgeben und bei weiterem Wachsen sein Lumen zusammendrücken. Dadurch entsteht eine ganz allmählich zunehmende Behinderung des Urinabflusses nach der Blase; die Ureteren und das Nierenbecken werden ausgedehnt, es kommt zur Hydronefrose.

Die Ausdehnung der Erkrankung ist für den Geburtsverlauf entscheidend: so lange das Karzinom auf die in-

fravaginalen Grenzen der Portio sich beschränkt, so daß noch gesunde und dehnungsfähige Partien neben dem Erkrankungsherd vorhanden sind, kann die Geburt zu Ende gehen; Geburtshindernisse aber treten auf, sobald das Karzinom die Portio zirkulär in ihrem ganzen Umfange ergriffen, oder den Cervikalkanal in einen starren, infiltrierten, nicht mehr erweiterungsfähigen Trichter umgewandelt hat. Hier wird die Geburt teils wegen der Raumbeschränkung durch die Tumormassen, teils wegen der absoluten Unnachgiebigkeit des ergriffenen Gewebes geradezu unmöglich, und in den Fällen, in welchen nicht rechtzeitig durch den Kaiserschnitt entbunden wird, führen die unausbleiblichen Folgen der Gebärunmöglichkeit — Uterusrupturen, Blutungen, Erschöpfung, septische Infektion — noch intra partum den tödlichen Ausgang herbei.

In der Mitte zwischen beiden angeführten Möglichkeiten liegen jene die Mehrzahl bildenden Fälle, in welchen zwar keine Gebärunmöglichkeit, aber doch eine mehr oder weniger beträchtliche Erschwerung der Geburtsbeendigung und damit stets eine unmittelbare Lebensgefahr für Mutter und Kind gegeben ist. Nicht selten stehen nach Sarvey in kausalem Zusammenhang mit Karzinom der vorzeitige Blasensprung, sowie primäre und sekundäre Wehenschwäche mit ihren zahlreichen, ungünstigen Folgezuständen für den weiteren Geburtsverlauf.

Bleiben die Wehen kräftig, so wird der Durchtritt der Frucht häufig erzwungen durch tiefe Cervixrisse, welche sich weit in das pericervikale Gewebe, in die Parametrien, in die Scheide erstrecken; die ausgedehntesten Zermalmungen und Zertrümmerungen der Geburtswege sind oft un-

vermeidlich; auch kommt es vor, daß die Geschwulstmassen durch den ungestüm vordringenden Kindeskopf zirkulär abgequetscht, abgerissen und unter heftiger Blutung vor dem Kopf geboren werden. Die hohe mütterliche Mortalitätsfrequenz liefert eine traurige Illustration dafür, daß die genannten schweren Störungen das Leben der Kreisenden aufs Aeußerste gefährden, indem diese an den Folgen der Verwundungen, an Uterusruptur, Erschöpfung, Verblutung und an septischen Prozessen zugrunde gehen können.

Gerade diese Schwierigkeiten während der Geburt sind schon früher nachgewiesen. Bei der Unmöglichkeit der spontanen Erweiterung des Muttermundes die Geburt schließlich zu beenden, hat man oft genug forziert entbunden und den karzinomatös infiltrierten unteren Abschnitt des Uterus entweder schon mit der Hand oder sicher mit dem nachfolgenden Kopf weit eingerissen. Oft sind dann Blutungen eingetreten, die in dem karzinomatös infiltrierten Gewebe zu stillen unmöglich sind. Die Schwierigkeit bei der Geburt allein würde heute nicht ohne weiteres zur Unterbrechung der Gravidität veranlassen, da wir bei der Verbesserung der Technik durch den abdominalen Kaiserschnitt das Kind retten können. Angesichts aber der ersteren Beobachtung muß man heutzutage doch wohl den Satz aufstellen, daß bei einem graviden karzinomatösen Uterus die abdominale Radikaloperation ausgeführt werden muß, sobald die Diagnose feststeht. Zu den bisherigen Beobachtungen sollen 10 weitere hinzugefügt werden. Acht stammen aus der Frauenklinik der Kgl. Charité (Direktor: Geh.-Rat Bumm), zwei befinden sich unter Karzinomfällen, die von Geh.-Rat Bumm in Halle operiert wurden. Für Berlin macht das vom 1. April 1904

bis 1. April 1909 0,063% aus. (Auf 13248 Kreisende acht Karzinomkranke.)

Fall I:

Frau H. T., Müllerfrau, 35 Jahre alt. 1. Menses mit 15 J. VII-para. Letzte Geburt mit 33 J. Geburten spontan und leicht. Letzte Menses am 22. III. 08. Am 15. Juli erste Kindesbewegungen. Beginn der Geburt 13. XI. 08, 9 Uhr früh; regelmäßige Wehentätigkeit bis 14. früh. Blase ist gesprungen. Darauf wurde am 14. XI. abends der abdominale Kaiserschnitt mit anschließender Totalexstirpation des Uterus nach Wertheim wegen Portiokarzinom ausgeführt. Kind lebend, gut entwickelt. Am 15. und 16. XI. etwas blutiger Ausfluß. Sonst keine Beschwerden. In der Gravidität etwa vom zweiten Monat an übelriechender, angeblich nicht blutiger Ausfluß; seitdem auch Abmagerung und Gefühl der Mattigkeit.

Aufnahmebefund: Eine schwache Frau von schlechtem Ernährungszustand.

Vagina, Vulva, Vaginalportion: Vagina klaffend aufgelockert. Portio ringsum von bröckligen, blutenden Granulationsmassen eingenommen, die besonders links bis an die Scheidenwand hinein reichen und um den äußeren Muttermund einen starren Ring bilden. Letzterer etwa dreimarkstückgroß, nach links seitlich ausgezogen. Uterus vergrößert, entsprechend der Gravidität im 9.—10. Monat. Frucht in rechter Seitenlage; Herztöne kräftig, ca. 120. Das rechte Parametrium frei, das linke bis an die Beckenwand infiltriert. Diagnose: Carzinoma portionis und Gravidität Mens. IX. Von einer Abszeßhöhle wurde ein

Gefäß durch Eiter arodiert; infolgedessen exitus letalis am 30. XI. an Verblutung.

Makr. Praep.: Uterus kindskopfgroß, sagittal durchschnitten. Muskulatur normal. Die Portio ist rechts und links vom Karzinom zerstört, nur in der Mitte ist ein Teil des Portiogewebes mehr erhalten. Kaiserschnittswunde quer im Fundus.

Fall II:

Frau N., 39 Jahre alt, Arbeiterfrau. Als Kind skrofulös: es wurde eine ganze Anzahl Drüsen operativ entfernt. 1. Menses mit 16 Jahren, immer regelmäßig, letzte am 12. III. 08, sehr stark. 8-para, darunter einmal Zwillinge mit Zange.

Jetzige Beschwerden: Seit April 08 klagt Patientin über Leib- und Kreuzschmerzen und häufigen Urindrang. Sonst keine Beschwerden. Seit März sei sie ziemlich abgemagert; seit derselben Zeit verliert Patientin bei Verkehr stets etwas Blut.

Aufnahmebefund: Kräftige Frau. Brüste sezernieren nicht. Abdomen O. B. Vorfall der hinteren Scheidenwand. Portio fehlt. Statt dessen sieht man ein granulierendes über die Scheidenwand abgesetztes Geschwür, das auf der rechten Seite in die Tiefe gelingt und leicht blutet. Uterus, drei Querfinger oberhalb der Symphyse, weich, sitzt nach vorne zu. Die Parametrien, Douglas: das rechte Parametrium fühlt man vom Rektum aus etwas infiltriert.

Blase und Urin: Cystoskopie ergibt in der Gegend des Blasenhalses bullöses Oedem, das rechts bis zur Ureteren-

mündung reicht, und links dieselbe beschließend umgibt,

Diagnose: Carcinoma cervicis, Dammriß zweiten Grades, Vorfall der hinteren Scheidenwand. Bullöses Oedem der Blase und Graviditas Mens. III.

20. VI. Totalexstirpation des Uterus nach Wertheim.

30. VI. Exitus letalis an diffuser eitriger Peritonitis.

Abduktionsbefund: Abszeß u. diffuse eiterige Peritonitis post operationem. Trombophlebitis der rechten v. Spermatica. Defekt am Uterus, Adnexen und einem Teil der Blase. Parenchymatöse Degeneration der Niere. Fettige Degeneration des Herzens. Hypostatische Pneumonie beider unteren Lungenlappen, Cholecystitis, Gallensteine, Perihepatitis und Perisplenitis.

Makr. Praep. des exstirpierten Uterus. Uterus faustgroß. Sagittaler Durchschnitt, der die Mitte der Eihäute getroffen hat. Plazenta inseriert sich normal. Dezidua stark entwickelt. Muskulatur normal. Von der Portio ist $^1/_4$ des Umfanges zerstört, zeigt in der Mitte eine ausgedehnte Destruktion, so daß da eine tiefe Höhle entsteht, wo man seitlich deutlich krebsige Tumormassen erkennt. Auf der rechten Seite ist die Portio weniger zerstört, das Gewebe der Portio erhalten, aber reichlich von Karzinommassen und nekrotisch-hämorrhagischen Teilen durchsetzt. Das Karzinom scheint in die Mitte des Colon Uteri nach oben zu drängen.

Fall III:

Frau S. M., 33 Jahre alt, vor 7 Jahren wegen Gebärmutterknickung operiert. 1. Menses mit 14 Jahren regel-

mäßig, aber schmerzhaft. 1 normale Geburt, 3 Aborte im 3. Monat, letzter Januar 08. Seit Beginn der jetzt bestehenden Schwangerschaft dauernde Blutungen. Am 20. II. 09 Wehen, die Hebamme konstatierte Querlage und veranlaßte die Ueberführung in die Charité.

Aufnahmebefund: Kräftige Person. Muttermund 1—2 Finger durchgängig, Portio erhalten. Die ganze Portio wird durch ein derbes, karzinomatöses Infiltrat ausgefüllt. das bei Berührung leicht blutet; man kommt bequem bis zum inneren Muttermund, der sich bequem erweitern läßt, während die rigide karzinomatöse Portio dem Finger energischen Widerstand darbietet. Parametrien frei.

Diagnose: Graviditas et carcinoma portionis. Operation: Sectio caesarea und Totalexstirpation des Uterus nach Wertheim. Befinden gut.

Makr. Praep. des Uterus: Uterus kindeskopfgroß, Muskulatur normal. Das Karzinom hat die rechte Seite der Portio zerstört und reicht etwas nach oben, wo es von der fibrösen Kapsel zurückgehalten wird. Die linke Seite ist noch ganz erhalten.

Fall IV.

Frau H., 33 Jahre alt, Arbeiterfrau. 1. Menses mit 16 Jahren regelmäßig, sehr stark, 8 Tage dauernd. Letzte Menses am 15. I. 06. 8-para. Letzte Geburt 15. II. 05. Wochenbett stets normal. Seit März 06 blutet Patientin fast ständig immer ein wenig; es hörte zeitweise auf. Seit vier Wochen blutet Patientin stärker. Patientin hat noch nichts gegen die Blutungen getan. Riechen soll das Blut nicht.

Seit Anfang dieses Jahres bekam Patientin weißen Fluß. Keine erheblichen Schmerzen, keine Abmagerung.

Aufnahmebefund: Kräftige Frau, gesundes Aussehen, Fundus uteri in der Höhe des rechten Rippenbogens. Ein großer Teil ist rechts zu fühlen, in der linken Hälfte kleine Teile. Sehr deutliches Uteringeräusch. Kopf beweglich über den Beckeneingang. Bei der Spekularuntersuchung sieht man links in der Portio fünfpfennigstückgroße unregelmäßige Geschwürwände; während der rechte Teil der Portio weich ist, fühlt sich d. l. derselben hart und von der für einen Finger durchgängigen Cervix zerklüftet an. Bei sehr leichter Berührung blutet die Geschwulst.

Diagnose: Ca portionis, graviditas Mens. IX.

Operation: Abdominaler Kaiserschnitt und Totalexstirpation des Uterus nach Wertheim. Kind gut entwickelt, lebend geboren. Befinden gut. Rezidivfrei.

Fall V:

Frau K., 40 Jahre alt. Nie erheblich krank gewesen. 1. M. mit 16 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen. Letzte Menses am 16—24 September 1903. 15 Geburten, dazwischen 1 Steißlage, 1 Querlage. Uebrige Geburten normal. Letzte Geburt am 12. Mai 06; wegen starker Blutung, die bereits 8 Tage vor der Geburt begonnen, war ärztliche Hilfe nötig, die in einer Tamponade bestand. Patientin wurde von dem Arzt, der sie entbunden hat, wegen Carcinoma portionis zur Operation hergeschickt. Patientin will niemals Beschwerden, resp. unregelmäßige Blutungen und Ausfluß gehabt haben. Diagnose: Carcinoma portionis und infolgedessen operiert. Tod — Schock-Wirkung infolge der

Verblutung 6 St. nach der Operation. Wie der mikroskopische Befund zeigt handelt es sich um Uterus puerperalis 5 Wochen p. p. Altes corpus luteum verum des linken Ovariums. Cankroid der Portio, keine Drüsen. Abduktionsbefund: Anaemia universalis, geringe Hydronephrose, fettige Degeneration und braune Atrophie des Herzens. Fettige Degeneration, Kalkinfarkt der Niere. Hämorrhagische Lungeninfarkte. Trombose beider Vanae hypogastricae.

Fall VI:

Frau F., 23 Jahre alt, Arbeiterfrau. Angeblich stets gesund. 1. Menses mit 16 Jahren, alle 4 Wochen, nicht ganz regelmäßig, 3 Tage dauernd. 4-para. Alle Geburten normal. Letzte Geburt 1904 am 3. Mai. Letzte Menses am 21. X. 04. Patientin fühlt sich gravid, leidet an Uebelkeit und Appetitlosigkeit. Seit 2 Monaten gelblicher, übelriechender Ausfluß. Seit 4 Wochen Schmerzen im Kreuz und Unterleibe. Seit einer Woche sind die Schmerzen stärker geworden.

Aufnahmebefund: Mittelgroße Frau von ziemlich gutem Ernährungszustand, Gesichtsfarbe blaß. Portio pilzförmig mit narbigen harten Einrissen, die einen etwas knolligen Eindruck machen, bei der Untersuchung aber kaum bluten. Im Spekulum sieht man die Portio erodiert, aber ohne Wucherungen und Geschwürflächen. Aus dem Cervikalkanal fließt Eiter und Schleim. Uterus: Von außen über Symphese etwas nach rechts ein nicht deutlich umschriebener, länglicher, bei der Berührung sehr empfindlicher Tumor, von der Gestalt des Uterus. Uterus über faustgroß. Bewegungen rufen Schmerzen hervor. Links vom Uterus dicker, schmerzhafter Adnextumor. Vaginale Untersuchung in den Para-

metrien sehr empfindlich. Diagnose: Carcinoma portionis uteri gravieti Mens. III. Operation: Totalexstirpation des Uterus per Vaginam.

Makroskopisches Präparat des exstirpierten Uterus zeigt folgendes: Uterus faustgroß. Sagitaler Schnitt, der die Mitte des Uterus und der Eihäute trifft. Placenta inseriert sich hinten und oben. Decidua gut entwickelt. Während die linke Seite der Portio ganz wenig vom Karzinom ergriffen ist, zeigt die rechte Seite einen wallnußgroßen, karzinomatösen Herd.

Fall VII:

Frau R., 32 Jahre alt, Schlosserfrau. 1. Menses mit 19 Jahren, war stets sehr bleichsüchtig, daher sei es nicht früher gekommen. Immer unregelmäßig; bald in Abständen von 14 Tagen, bald von $^1/_4$ Jahr. Stets dabei Druckgefühl, sonst keine Beschwerden. Seit der letzten Entbindung (8. Mai 08) dauernd Blutungen. 3-para. Seit 1902, (Geburt eines Kindes) fortgesetzter Ausfluß von schleimigweißlichem Aussehen. Seit der Entbindung Mai 08 fortgesetzte Blutungen (hellrot). Gefühl von Fülle und Druck im Leib. Seit der letzteren Gravidität, Mattigkeit, Ziehen im Kreuz. Mäßige Abmagerung. Während die früheren Geburten spontan und schnell verliefen, soll nach Angabe der Hebamme bei der letzten im Mai 08 die Eröffnungsperiode sehr lange gedauert haben, während nach derselben die Geburt sehr rasch zu Ende gegangen sei.

Aufnahmebefund: Kräftige Frau von gutem Ernährungszustand. Scheide weit, mit fleckweise schmierigem Belag, der sich leicht abwischen läßt. Portio nicht vorhanden.

Es geht aus der Scheide eine kraterförmige Höhle direkt in den Uterus hinein. Die Ränder der Höhle bröcklig blutend. Uterus nicht vergrößert, frei beweglich. Parametrien, Tuben und Ovarien zeigen keine Infiltration. Vom Rektum aus ist nur der kleine Uterus zu tasten. Cystoskopischer Befund: Schleimhaut überall blaßrosa. Gefäßzeichnung zart. Ureteren schlitzförmig, nicht eingezogen. Trigonum glatt, ohne Andeutung von Schwellung. Nur am Halse stärkere Gefäßentwickelung.

Diagnose: Ca cervicis. Operation: Wertheim. Befinden nach der Operation gut, als geheilt entlassen.

Fall VIII:

Frau G. G., 38 Jahre alt, Gärtnerfrau. Vor 4 Jahren Geschwulst am Eierstock. Behandlung durch Tampons. Seitdem häufig „Reißen" im Unterleib. Seit einem Jahr hin und wieder ein blutiger Ausfluß nach dem Geschlechtsverkehr; während der jetzigen Schwangerschaft und schon vorher wässriger Ausfluß. 1. Menses mit 17 Jahren. Zeitweise unregelmäßig. 4-para. Letzte Geburt 1902 Zangengeburt; das Wochenbett dauerte 7 Wochen. Während jetziger Schwangerschaft Schmerzen und Ziehen in der Gebärmutter. Ausfluß mäßig, weiß, grau und rötlich, immer übel riechend. Letzte Menses Oktober 07.

Aufnahmebefund: Fundus uteri 3 Finger unter dem Proc. ensiformis, der Kopf steht über dem Becken. Rücken und Herztöne links, Steiß im Fundus, am äußeren Muttermund sind rechts harte, knollige Tumoren zu fühlen. Parametrium infiltriert, nach links und hinten, Muttermund freier.

Diagnose: Abdominale Totalexstirpation des Uterus nach Wertheim. Uterus uneröffnet entfernt. Patientin als gebessert entlassen. Im Februar 09 exitus letalis an Recidiv.

Von 10 Fällen sind 6 gestorben, 1 verschollen.

In allen Fällen von ausgetragener Schwangerschaft sehen wir wieder die Beobachtung bestätigt, daß nur in wenigen Fällen, unter 10 nur dreimal, eine karzinomatöse Erkrankung während der Gravidität erkannt wurde. Dreimal wurde die Totalexstirpation mit dem Kaiserschnitt begonnen, einmal bei schon abgestorbenem Kinde war der Uterus uneröffnet entfernt, zweimal wurde nach überstandenem Puerperium die Operation ausgeführt und viermal während der Schwangerschaft im dritten und vierten Monat. Die fast allgemein gefürchtete Blutung bei einer Operation während oder am Ende der Schwangerschaft läßt sich beim vorsichtigen Operieren leicht vermeiden, wie in den vorliegenden Fällen bewiesen werden konnte.

Die Operation beginnt nunmehr nach Bumm folgendermaßen: Bauchschnitt in der Medianlinie bis oberhalb des Nabels, Uterus wird vorgewölbt und wenn das Kind noch lebt, macht man einen queren Fundalschnitt und extrahiert die Frucht. Placenta läßt man in situ liegen, und Uteruswunde wird mit Klemmen verschlossen. Weiter erfolgt die Unterbindung der Spermaticalgefäße, nach deren Durchtrennung leicht ein Einblick in die tiefer liegenden, seitlichen, subperitonealen Bindegewebsräume des Beckens ermöglicht ist. Von der Ligaturstelle der Spermatikalgefäße aus spaltet man das Peritoneum quer dem Lig. rotundum und streift es

von der Beckenwand bis hinten in die parametranen Bindegewebsräume ab; dadurch werden nicht nur die an der seitlichen Beckenwand gelegenen großen Gefäße und Lymphdrüsengebiete sichtbar, sondern es tritt unmittelbar, und zwar am inneren Blatte des Lig. latum der Ureter zu Tage. Ist man auf diese Weise bis zum Parametrium vorgedrungen, so erfolgt die Unterbindung der Arteria und Vena uterina außerhalb ihrer Kreuzungsstelle mit dem Ureter. Durch Abhebung des uterinen Gefäßstumpfes wird der darunter gelegene Ureter in seinem Verlauf vollständig frei gemacht und stumpf bis zum Eintritt in die Blase präpariert.

Von diesem Augenblick der Operation folgt man den Wertheimschen Vorschriften. Das Peritoneum wird vorne und hinten mit der Schere quer durchtrennt, Blase und Rektum vorsichtig, aber besser mit der Schere als stumpf, von vorderer und hinterer Scheidenwand bis etwa in die Hälfte der Scheide hinunter abgelöst. Das Rektum ist hier viel leichter zu behandeln als die Blase, da es nicht so hoch an der Hinterwand der Genitalien herauf reicht und durch ganz lockeres Zellgewebe nur mit der hinteren Scheidenwand verbunden ist, so daß es sich einfach abstreifen läßt. Die Ablösung der Blase ist nicht nur deshalb schwieriger, weil sie besonders in der Mediallinie viel inniger mit der Scheide verbunden ist, sondern namentlich, weil nicht selten entzündliche Vorläufer der Karzinomwucherung die Blasenwand infiltrieren, oder auch sogar das Karzinom selbst die Blasenwand schon ergriffen haben kann. In diesem Falle ist man gelegentlich genötigt, will man nicht Gefahr laufen, daß Karzinomreste in der Wunde verbleiben, ein Stück der Blasenwand mit fortzunehmen. Zuletzt zieht man den Uterus

stark über die Symphyse nach vorne oben, durchtrennt die Ligg. sacrouterina nahe der hinteren Beckenwand, wobei blutende Gefäße sofort versorgt werden. Nun ist der Uterus ganz frei nur noch mit dem sich jetzt lang ausziehenden Scheidenschlauch in Verbindung.

Unter vorsichtigem Zurückdrängen der über die Klammer sich herüberdrängenden Blase schneidet man mit Messer oder Schere unterhalb der Klammer die Scheide quer durch, so daß die Klammer also am Präparat verbleibt und den Zweck erfüllt, bei Eröffnung der Scheide den Karzinomherd dicht abzuschließen, um jegliches Ausfließen von Karzinomteilchen oder Sekret zu verhindern. Der Verschluß des operativen Wundgebietes gestaltet sich so, daß man das quer durchtrennte Peritoneum des Rektums mit der hinteren Scheidenwand so vereinigt, daß darunter kein toter Raum verbleibt, was man durch oberflächliches Mitfassen des dazwischen liegenden, lockeren Bindegewebes erreichen kann. Ebenso wird das quer durchtrennte Peritoneum der Blase mit dem Wundrand der vorderen Scheidenwand vereinigt, wobei man aber wieder, ganz oberflächlich, die Blase mitfaßt, um sie zusammenzuraffen und dadurch auch hier die Entstehung von toten Räumen zu vermeiden.

Aber von der mit Karzinom komplizierten Gravidität kann die Besserung der Erfolge nur dann erwartet werden, wenn die Frauen möglichst frühzeitig zur Operation kommen.

Zum Schluß gestatte ich mir, Herrn Geh.-Rat E. Bumm für die Anregung zu dieser Arbeit und Ueberlassung des Materials sowie Herrn Oberarzt Dr. E. Martin für die liebenswürdige Unterstützung bei Beschaffung der Literatur usw. meinen ergebensten Dank auszudrücken.

Literatur.

Sarrvey-Veits Lehrbuch der Gynäkologie.
A. Lehmann, Inaug. Diss. Halle 1908.
Ruttledge, Inaug. Diss. Berlin 1876.
A. Gusserow, Die Neubildungen des Uterus, Stuttgart 1878.
v. Siebold, A. Elias, Handbuch zur Erkenntnis und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten. Frankfurt am Main 1891.
Spiegelberg, Otto, Lehrbuch d. Geburtshülfe 1878 S. 295.
Sutugin, Operative Behandlung des Gebärmutterkrebses. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 19 1890 S. 97.
Olshausen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 37 S. 1.
Heinricius, G., Finska Läkaresällskapets Handlinger, den 18. Febr. 1888 Bd. 30 S. 164.
Pozzi, S., Traité de Gynécologie clinique et opératoire, 3 éd. Paris 1897 p. 410.
Heilbrun, Inaug. Diss. Würzburg 1884 p. 18.
Deppisch, Inaug. Diss. Würzburg 1887 p. 29.
Schäfer, Inaug. Diss. Breslau 1876 S. 25.
Beckmann, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 34 p. 57.
Elmgren, Mitteilungen aus der Frauenklinik des Prof. Otto Engström.
Fehling, Münchener med. Wochenschrift 1897 No. 47.
Micholitsch, Zentralbl. f. Gyn. 1901 No. 3 p. 77.
v. Franque, Zentralbl. f. Gyn. 1906 p. 157ff. Wertheim ibidem.
F. Freund, Münch. med. Wochenschrift 1908 No. 23f. 1122.
Schauta, Monatsschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 13.
R. Meyer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 49.
Hofmeier, Lehrbuch der Gynäkologie 1908.
Döderlein-Krönig, oper. Gyn.

Lebenslauf.

Ich, Joseph Ginsburg, mosaischer Konfession, bin als Sohn des Kaufmanns S. Ginsburg am 25. April 1885 zu Ekaterinoslaw geboren. Im Jahre 1907 habe ich als externus das Gymnasium zu Kostroma absolviert. Meine medizinischen Studien begann ich Michaelis 1904 an der Universität Berlin. Im Jahre 1906 zog ich nach Zürich, wo ich 3 Semester blieb. Seit Michaelis 1907 bis zum Ende meines Studiums besuchte ich wieder die Universität zu Berlin.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Bumm, Eichhorst, Engelmann †, Ernst, Gaule, Greeff, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Holtermann, Lesser, Lewin, Liepmann, Lang, Kleiner, Krönlein, v. Michel, Nagel, Orth, Pinner, Schlatter, Schmidt, E. F. Schulze, Senator, Waldeyer, Werner, Wyss, Ziehen.

Allen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich hierdurch meinen innigsten Dank aus.